

Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenasⁱ



Lina Rosa Berrío Palomo[@]

Doctora en Antropología Social

Posdoctorante

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social (CIESAS-D.F.)

Integrante

Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.

México es el país de América Latina con mayor cantidad de población originaria. Según datos oficiales hay 6 695 228 hablantes de alguna de las 89 lenguas indígenas existentes,¹ pero este número se incrementa a 10 528 322 personas² cuando incluimos a quienes se consideran indígenas, aunque no sean hablantes de alguna lengua indígena. Si bien se carecen de datos precisos, los cálculos oscilan entre 75 000¹ y 400 000³ personas afromexicanas. Esta población y la indígena forman parte fundamental de la diversidad cultural de México; además, se suma una importante proporción de personas migrantes, muchas veces invisibilizadas, pero que también integran un país que se ha construido a sí mismo como una nación mayoritariamente mestiza.

Esta diversidad cultural y social se manifiesta en diversos ámbitos de la vida, entre ellos en el proceso de salud-enfermedad-atención. Debido a lo anterior, son numerosas las prácticas tradicionales de atención en salud de los pueblos indígenas, las derivadas de la medicina popular, las provenientes de otros sistemas médicos y las de autoatención realizadas por los grupos sociales. Todo ello coexiste de manera cotidiana con prácticas biomédicas, de tal manera que el pluralismo médico planteado por Eduardo Menéndez atraviesa la vida cotidiana de las personas.⁴

Aunque es innegable la hegemonía de la biomedicina y la creciente medicalización de múltiples aspectos del proceso salud-enfermedad-atención,⁴ no se desconoce la diversidad de prácticas y saberes de la población, que en muchos casos se convierten en importantes factores de protección de la salud. Esto acontece en el área de la salud reproductiva y en particular, en las prácticas de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En un número centrado en temas de morbilidad materna, es tan importante el análisis de la situación como los factores que inciden en ella y las estrategias desarrolladas por el sector salud para su reducción. Asimismo, es imprescindible

reflexionar sobre las barreras culturales de acceso que aún persisten y reconocer todas las acciones que realizan las comunidades para preservar y proteger la salud de las mujeres gestantes.

Mortalidad materna en zonas indígenas

En el año 2013, la razón de muerte materna (RMM) en México fue de 38.2 por cada 100 000 nacidos vivos,⁵ que representa el fallecimiento de 861 mujeres. A nivel nacional 11.3% eran indígenas y en el caso de entidades como Guerrero o Chiapas este porcentaje ascendió a 31.8 % y 41.9 %, respectivamente.⁵ Resulta evidente que se ha reducido la proporción de mujeres indígenas fallecidas y en parte esto se debe a la presión ejercida por las organizaciones al sector salud, con el fin de mejorar los servicios en áreas rurales e indígenas. Al mismo tiempo se ha incrementado el número de mujeres que acuden a control prenatal y la cantidad de consultas durante el embarazo, pues según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el promedio fue de 8.5 en el país y 7.8 en Guerrero.⁶

A pesar de todo esto, en las regiones indígenas persisten barreras importantes que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Algunas se relacionan con elementos del orden económico, geográfico, de disponibilidad de servicios, y existen otras de orden cultural. También influyen las prácticas de racismo y discriminación que de manera cotidiana enfrentan los pueblos indígenas cuando acuden a las instituciones, así como las profundas relaciones de descalificación, subordinación o exclusión que viven sus terapeutas y los sistemas médicos tradicionales respecto al modelo institucional de salud.

En este sentido, es necesario avanzar en la formulación e implementación de un modelo de atención al embarazo y parto que responda

© Correo electrónico: linaberrio@gmail.com

ⁱ Este artículo se deriva de la tesis doctoral de la autora, denominada *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*, con la cual obtuvo el grado de doctora en Ciencias Antropológicas en la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa. Además, este trabajo de investigación fue acreedor del primer lugar en la categoría doctorado de la séptima edición del concurso "Sor Juana Inés de la Cruz", del Instituto Nacional de las Mujeres.

a las necesidades de las mujeres indígenas y que favorezca el ejercicio de sus derechos.ⁱⁱ La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) elaboraron un modelo denominado “Atención a las mujeres en el parto: enfoque humanizado, intercultural y seguro”,⁸ el cual recoge diversas recomendaciones orientadas a la atención del embarazo y el parto desde una perspectiva que otorga mayor centralidad a las usuarias de los servicios y recupera elementos de otros modelos alternativos de atención entre ellos la partería tradicional. Sin embargo, la implementación por parte del sector salud aún es incipiente.

Un elemento fundamental en el diseño de una propuesta de atención a las mujeres indígenas es reconocer la presencia de un número importante de parteras empíricas en todo el país y la cantidad de partos que atienden. Según datos de la Secretaría de Salud, en la actualidad existen más de 15 000 parteras en México y en 2014 trajeron al mundo a 30 133 niñas y niños.⁹ Las entidades con mayor número de partos atendidos por estas curadoras son Chiapas con 8 055, equivalentes a 26% del total de partos en la entidad; Veracruz con 5 047, correspondientes a 16.7%; Puebla con 3 710 (12.5%) y en cuarto lugar, Guerrero con 2 184 partos que representan 7.25% del total estatal.⁹

La atención brindada por las parteras empíricas no se limita al parto, pues hay un vasto abanico de saberes propios, prácticas de atención, rituales de protección y cuidado realizados antes, durante y después del evento obstétrico, los cuales constituyen una síntesis de saberes culturales orientados a la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud. Al respecto, hay numerosos trabajos que han abordado estos temas y el papel de las parteras tradicionales en los procesos de embarazo, parto y puerperio, entre ellos el de Sánchez,¹⁰ Paredes,¹¹ Araya,¹² Méndez,¹³ para Chiapas; Fagetti,¹⁴ para el caso poblano; Gómez,¹⁵ en Oaxaca; Reyes,¹⁶ para la meseta purépecha, y Martínez,¹⁷ en Morelos, entre otros. Todos son estudios de corte cualitativo que muestran con detalle los elementos del orden cultural, simbólico y ritual asociado al proceso de gestación, parto y postparto entre diversos pueblos indígenas, así como las prácticas de atención y cuidado desarrolladas en cada una de estas etapas.

En este artículo me interesa compartir algunas prácticas de atención derivadas del sistema de salud tradicional y popular, que se realizan entre mujeres indígenas Na saavi (mixtecas) y Nancue Nomnda (amuzgas) de la Costa Chica de Guerrero. Este acercamiento se deriva de mi tesis doctoral en esta región, en la que analicé las normatividades de género y las prácticas de atención comunitaria e institucional para cuidar la salud de las mujeres durante el embarazo,



ⁱⁱ Varios de los elementos que este modelo debería incluir han sido abordados por diversas personas investigadoras, como Freyermuth, Sesia, Campos, Zolla, entre otras y en el sector salud existen aportaciones de la Dirección de Medicina Tradicional. Al respecto se puede consultar el libro *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*.⁷

parto y puerperio.¹⁸ Esta investigación es de corte cualitativo y se llevó a cabo un trabajo etnográfico de más de un año en la región. Además, se combinó con el análisis de información epidemiológica, estadística y de documentos oficiales de política pública, así como entrevistas en profundidad realizadas a mujeres en edad reproductiva.ⁱⁱⁱ

Formas de atención tradicional durante el embarazo y parto en la Costa Chica de Guerrero

Entre las mujeres Na Savi (mixtecas) y Nancue Nomnda (amuzgas) el embarazo se considera como un periodo natural en la vida de la mujer y se espera que ocurra sin mayores complicaciones o cuidados especiales. Anteriormente, durante esta etapa las mujeres acudían con su partera, pero desde hace varios años, debido a la mayor presencia de servicios biomédicos en sus localidades y en particular por la obligatoriedad de atención prenatal establecida por los programas de transferencia condicionada de recursos (Progresá, Oportunidades y ahora Prospera), también empezaron a asistir con el personal de salud, aunque buena parte de ellas continúa acudiendo de forma paralela con las parteras para que las revisen, soben o acomoden a su bebé.

Las recomendaciones tradicionales de parteras, parteros, madres, abuelas y en general de las comunidades, se centran en el ámbito de la alimentación y la actividad física. En el primer caso se busca garantizar que la mujer y su bebé estén “sanos, fuertes y creciendo de manera adecuada”. Esto se verifica de manera informal a través de la apariencia física de la gestante; si se observa palidez y bajo peso, de inmediato se hace el diagnóstico por parte de suegras, parteras o mujeres con mayor experiencia: “está anemia”, es la expresión

utilizada para referirse a estos signos. Antes, las prescripciones curativas se orientaban hacia un incremento en el consumo de frijol, quelites, yerba mora, entre otros alimentos. En la actualidad, derivado de la mayor cercanía con el discurso biomédico, algunas mujeres, en especial las promotoras de salud o las vocales del programa Oportunidades/Prospera, también recomiendan el consumo de hierro.

Respecto a las actividades físicas, la sugerencia es seguir trabajando, desarrollando labores domésticas y evitando dormir de día para “no echar panza” o evitar que “el bebé se pegue”,^{iv} lo que dificultaría el parto. Con frecuencia, las mujeres primerizas son reconvenidas por sus suegras para evitar dormir durante el día, pues se considera un símbolo de pereza que tendría repercusiones directas en el momento del parto, ya que la ausencia de actividad física durante el embarazo se asume como causa de partos complicados o lentos.

Asimismo, se espera que las mujeres lleven a cabo actividades domésticas prácticamente hasta el momento del parto, pero se tienen claras indicaciones en cuanto a no cargar cosas pesadas, no traer leña del río y en general evitar esfuerzos físicos excesivos. En especial, los testimonios de las mujeres de mayor edad remiten a labores productivas y reproductivas realizadas durante todo el embarazo, o mencionan de forma reiterada situaciones en las que el parto inició durante una actividad de trabajo en el hogar o en el campo.

En el caso de las más jóvenes, se identificaron recomendaciones de reposo o disminución de actividades físicas en el último mes. Tal vez esta es una de las diferencias generacionales que es posible observar: por una parte la exaltación de las mujeres mayores al valor del trabajo, la actividad física, el parto natural en casa y la recuperación rápida, incluso algunas personas perciben la inactividad como debilidad o flojera de las más jóvenes. Sin embargo, la anterior no es una posición homogénea, pues muchas mujeres de mediana edad que han vivido diferentes experiencias a lo largo de sus gestas o

ⁱⁱⁱ Metodológicamente se hizo una división de las mujeres en tres grupos de edad para analizar diferencias en sus trayectorias reproductivas y prácticas de atención. Los grupos se clasificaron de la siguiente manera: mujeres jóvenes de 15 a 24 años, medianas de 24 a 35 años y mayores de 35 a 49 años. La investigación contó con el consentimiento de las participantes y en este artículo se han utilizado seudónimos para proteger su identidad.

^{iv} Expresiones émicas para referirse a un embarazo de gran volumen (echar panza) y a uno en el que la o el bebé se encaja (se pega) y no desciende de manera adecuada durante el parto.

mujeres mayores que acompañan a sus nueras consideran que hoy en día hay más cuidado y, por lo tanto, existen mejores condiciones que antes.

En este sentido, el embarazo no significa una reducción del trabajo productivo y reproductivo que deben asumir las mujeres, ya que mantienen la actividad física asociada al cuidado del hogar y de las y los otros hijos, así como el trabajo en la milpa, la producción de artesanías o cualquier otra labor que les genere un ingreso adicional. Debido a que se concibe el embarazo como un estado natural, no se espera la disminución sustantiva en las actividades, aunque en algunas comunidades se recomienda no cargar pesado, no hacer coraje y comer bien, pero el trabajo cotidiano no se detiene. Tal vez solo en el puerperio se asume la necesidad de reposo o el incremento en los cuidados y las actividades asociadas al sostenimiento del hogar por parte de las y los otros integrantes de la familia.

De acuerdo con lo anterior, las mujeres mayores representan de manera más clara la concepción tradicional comunitaria, en la que el embarazo es considerado como un proceso natural, parte de la vida cotidiana de las mujeres durante muchos años^v y por lo tanto, no se requiere una atención especial. Debido a esto, el único recurso de atención disponible para las mujeres de su época eran las parteras, sus suegras y madres. Solo en caso de complicación se acudía con el personal médico, pues implicaba salir de su comunidad o del rancho donde trabajaban para desplazarse caminando durante dos horas y media hasta la cabecera municipal más cercana. En la actualidad,

las mujeres no asisten de manera necesaria con la partera cada mes ni desde el principio de la gesta, pues existe preferencia por acudir una vez que el vientre se hace visible, para recibir masajes o sobadas que alivien el cansancio y garanticen que la o el bebé venga en posición adecuada o acomodarse si se requiere. Esto sucede en particular si la mujer tiene una experiencia reproductiva, pues se asume que la gestante cuenta con las habilidades necesarias para reconocer un buen o mal embarazo.

Por lo tanto, se confía en los saberes propios y se llama a la partera al momento del parto o lo atiende la propia mujer cuando ya tiene varias gestas previas. Así se mantiene la importancia de las redes familiares, en especial de las suegras, en el cuidado de la salud durante el embarazo, pero también se incluyen los recursos biomédicos. Este fue el caso de Margarita, pues su suegra es partera y la revisó durante su embarazo, pero de forma paralela la envió al centro de salud:

Mi suegra me revisaba la barriga, iba el centro (de salud) también, a los dos lados. Y si me duele la barriga, mi suegra me ponía, me acostaba y me veía la barriga y decía que está bien el bebé. También iba allá, al centro. Allá me decían que iba a ir yo al centro, pues a San Luis, para tener la niña y ya no juí (sic). Me da pena ir al centro porque dicen que allá está feo con la mujer; yo no quiero así, lo tuve en la casa. Me daba pena, pues por eso tuve a la niña en la casa.

Margarita, mixteca, 20 años



^v Alrededor de dos décadas, si se considera que las mujeres inician su vida reproductiva entre los 15 y los 35 años, aproximadamente.

Como ella, muchas mujeres jóvenes y mayores optan por atenderse en su casa, pues consideran que ahí reciben una atención más cercana. En este sentido, la investigación doctoral evidenció que las preferencias de atención en casa se concentraban entre las mujeres mayores de 24 años, con una trayectoria reproductiva mediana o amplia y quienes contaban con una experiencia previa. Mientras que las mujeres más jóvenes (de 15 a 24 años) tenían mayor preferencia por la atención del parto en unidades de salud y este es el grupo en el que se percibió mayor medicalización durante el embarazo y el parto.^{vi}

Prácticas de atención durante el parto

Un momento de gran importancia para la mujer y su familia es el parto tradicional, pues es un ritual que concreta la llegada de un nuevo ser. Por lo tanto, se inscribe en una serie de elementos que hacen parte de los sistemas de salud indígena, entre ellos la relación frío-caliente y la incorporación de la religiosidad como elemento de protección y ayuda que se materializa en un complejo y diverso sistema de rezos, en los que se mezcla la religiosidad católica con elementos indígenas de gran eficacia simbólica. Lo anterior constituye un sistema de creencias compartidas por la parturienta, las y los curadores (en este caso, parteras) y la familia.

Por otra parte, la casa se convierte en el espacio simbólico donde la vida nace y eso implica procesos de reproducción física y social,²⁰ los cuales son vividos de manera colectiva, con la participación de personas significativas para la parturienta: su esposo, su suegra y su mamá. El número y las personas que están presentes durante el trabajo de parto son definidos por la mujer, en especial cuando se encuentra cerca de su fase expulsiva. La posición para el alumbramiento es elegida por ella, según lo que su cuerpo le va indicando, esto genera mayor comodidad o facilidad y lo mismo ocurre con la posición adoptada en ese momento por el varón u otra persona de la familia que la acompaña en el proceso, ya que su función es sostenerla de frente, de espalda o sentada,

mientras ella se hinca, por lo que la mantiene de pie o ejerce presión sobre el vientre, calienta el espacio o sujeta la cobija, al igual que las suegras y madres. Además, siempre se siguen las indicaciones de la mujer y de la partera.

Al iniciar el trabajo de parto, cuando se tiene certeza que ya está cercano el momento expulsivo, es muy importante garantizar una temperatura adecuada, tanto ambiental como corporal, que contribuya a generar las condiciones para la dilatación. Por ello, el trabajo inicia dando a la parturienta un té de hierbas calientes que la ayude a calentar el cuerpo y a provocar las contracciones. Después, cuando inicia el parto, la mujer es ayudada por alguna persona de su familia para mantenerse en la posición de cuclillas.

Por lo general, quienes intervienen en este proceso son la mamá y/o la pareja, quienes la sostienen y la partera da las indicaciones. Una vez que nace la o el bebé, la partera lo recoge, lo limpia y lo entrega con la madre, mientras esperan que caiga la placenta, lo que acontece con bastante facilidad, según sus relatos. En caso de demora, la solución utilizada en toda la región es meterle la punta de la trenza en la boca para provocar un fuerte movimiento, semejante a las “ganas de vomitar”, lo que favorece la expulsión de la placenta. Así, Esperanza narra cómo es ese proceso entre las amuzgas, desde el momento del parto hasta el entierro de la placenta y los primeros cuidados de la o el niño:

Pues aquí, en la medicina tradicional se acostumbra darle el tecito de cerezo, para que ella caliente más rápido su cuerpo y sea más rápido el parto. Es la costumbre que tienen las parteras. Se le da el tecito de manzanilla, el té de yerbabuena o el té de cerezo, cuando el dolor no apura. Dicen ellas que es para que caliente el cuerpo, es una forma de calentamiento. Y ya en el momento del parto, la prepara la partera. Le tiene su nylon, le tiene su trapo para que ella y el bebé no se lastimen. Entonces aquí, como tenemos la costumbre de hincarnos, la partera se pone detrás de ella esperando que el bebé nazca. En el momento en que el bebé nazca, la partera lo recibe con cuidado para acostarlo y esperar a que la placenta nazca. Entonces, hincada es la manera.

Esperanza, amuzga, 48 años

^{vi} En otro texto de mi autoría se analizan las diferencias en las prácticas de atención y las trayectorias reproductivas de cada grupo de edad y se abordan con mayor detalle las preferencias y prácticas de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio.¹⁹

Diferencias en la atención

En las unidades de salud, en especial en los hospitales, existe la restricción para elegir la posición durante el parto y tampoco se permite la compañía de familiares o parteras, estas son algunas de las diferencias entre el sistema de salud tradicional y el biomédico. Las mujeres a quienes se entrevistó manifestaron que les gustaría modificar ambas prácticas por las implicaciones que tiene al aumentar la dificultad y el tiempo de expulsión, la vergüenza que implica la desnudez durante ese momento, las molestias frente a las continuas revisiones por parte del personal de salud y la frialdad y excesiva luminosidad de la sala de expulsión, cuando para ellas el parto es un momento caliente. Por lo anterior, en esa región en la que la temperatura llega a los 35 grados en promedio, las mujeres se cubren con cobijas sobre su cuerpo mientras expulsan, con el fin de generar mayor calor y acelerar el proceso; misma función que cumplen los tés de hierbas tradicionales

En este sentido, la prohibición de ingesta de líquidos y la alimentación durante el trabajo de parto y en el puerperio inmediato o la oferta de

alimentos considerados como poco adecuados debido a su carácter frío, también fueron mencionados por las mujeres como motivo de malestar frente a las prácticas desarrolladas institucionalmente.

Otra diferencia que tiene gran importancia en las valoraciones que las mujeres hacen sobre la atención hospitalaria, es el tipo de trato recibido por parte de las y los prestadores de servicios, el cual califican como frío, discriminatorio, con claras situaciones de maltrato, violencia obstétrica y violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, las cuales llevan implícitas relaciones de poder y subordinación por parte del saber médico.

A pesar de lo anterior, cada vez son más las mujeres que atienden su parto en unidades hospitalarias, en parte por la presión que ejerce sector salud, en particular sobre quienes reciben los beneficios de algún programa social como Prospera. Por otro lado, ellas o sus familiares toman esta decisión en búsqueda de lo que consideran como mayor seguridad o por un deseo de cerrar su etapa reproductiva mediante una obstrucción tubaria bilateral postparto. Lo cierto es que en la Costa Chica, como en muchos otros lugares del país, el periodo de embarazo, parto y puerperio está marcado por un pluralismo médico y la coexistencia de diversas personas curadoras, tanto biomédicas como tradicionales.



Para avanzar en la reducción de la morbilidad materna, pero sobre todo con el fin de mejorar la salud y garantizar el pleno ejercicio de derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, es primordial reconocer de manera explícita y amplia el papel que tienen las y los curadores tradicionales (como las parteras), las mujeres y sus familiares en el desarrollo de acciones de cuidado, atención y preservación de la salud durante estas etapas.

Reflexiones finales

Pese a la existencia de un importante marco normativo nacional e internacional en materia de derechos de los pueblos indígenas en el ámbito de la salud, nos encontramos con un país pluricultural que mantiene un sistema de salud monocultural, al que se le dificulta responder de forma adecuada y oportuna a las necesidades planteadas por las usuarias. Sin embargo, esta perspectiva biomédica es insuficiente para atender la diversidad existente en el país y en muchos casos puede violentar los derechos de las mujeres y de los pueblos indígenas. A pesar de los esfuerzos por institucionalizar las prácticas de atención del parto, observamos que para muchas mujeres indígenas la atención con parteras tradicionales o la autoatención en su hogar siguen siendo una opción muy importante y que coexiste con las prácticas biomédicas institucionales.

Por otra parte, contar con una atención que cumpla con los cuatro elementos que implica el derecho a la salud, es decir: accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, es un asunto de derechos para todas las mujeres y hombres en este país. En este sentido, queda abierta la invitación a establecer puentes efectivos de comunicación y trabajo conjunto entre el sistema de salud, las parteras tradicionales, las mujeres y los pueblos indígenas. Lo anterior debe partir del reconocimiento efectivo de los diversos modelos médicos, la participación social y condiciones de relación que no se basen en la subordinación. Un llamado adicional es implementar, mantener, replicar y asignar recursos a estrategias de adecuación intercultural, que sin ser la panacea ni implicar cambios estructurales en el sistema de salud han demostrado ser útiles para garantizar a las mujeres condiciones de mayor dignidad y cercanía durante la atención de sus procesos reproductivos.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Geografía y Estadística [Internet]. México: INEGI; c2010-2015 [Consultado 8 septiembre 2015]. Población hablantes de lengua indígena en México; [una pantalla]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P>
2. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [Internet]. México: CDI; c2010-2014. [Consultado 31 agosto 2015]. Cédulas de información básica de los pueblos indígenas de México [dos pantallas]. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1327:cedulas-de-informacion-basica-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-&catid=38&Itemid=54
3. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Guía para la acción pública: afrodescendencia. Población afrodescendiente en México. México: CONAPRED; 2011.
4. Menéndez E. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Publicación científica No 540. Washington D.C.: OPS; 1992. p. 205-229.
5. Freyermuth G, Luna M. Numeralia 2013. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México; 2015.
6. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 [base de datos en Internet]. México: INEGI; c2014 [Consultada 8 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/LeerArchivo.aspx?ct=48033&c=33720&s=est&f=4>
7. Almaguer A, Vargas V, García H, coordinadores. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Tercera edición. México: Secretaría de Salud; 2014.
8. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Cultural. Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. México: DGPLADES-SSA; s.f.
9. Dirección General de Información en Salud. Subsistema de información de nacimientos, SINAC, 2014 [base de datos en Internet]. México: DGIS-SSA; c2008-2014 [Consultada 24 mayo 2015]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html
10. Sánchez G, editora. Imagen instantánea de la partería en México. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur-Asociación Mexicana de Partería; 2015.
11. Paredes V. Colocando curitas en arterias abiertas. De políticas interculturales y atención de parto en San

Andrés Larrainzar [tesis de maestría]. México, D.F.: CIESAS-D.F.; 2012.

12. Araya M. Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal. Quito, Ecuador: Ed. Abya Yala; 2011.
13. Méndez H. El papel de la partera indígena durante la maternidad en el ejido Nuevo Paraíso, municipio de Yajalón, Chiapas [tesis]. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: Universidad Autónoma de Chiapas; 2010.
14. Fagetti A. Saberes, experiencias y vivencias de las parteras tradicionales en el estado de Puebla. Puebla: Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Puebla; 2008.
15. Gómez F. Adquisición de los saberes prácticos de las parteras de la comunidad de Tataltepec de Valdés, Juquila, Oaxaca. Zona Chatina [tesis]. México, D.F.: Universidad Pedagógica Nacional; 2010.
16. Reyes Equiguas EM. La función de la partera en la asistencia al embarazo, parto y puerperio en las mujeres de San Juan Nuevo Parangaricutiro. México, D.F.: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 2000.
17. Martínez A. El embarazo y el parto en Tepoztlán, Morelos. Bajo los umbrales de la religiosidad [tesis]. México, D.F.: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 1998.
18. Berrío L. Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y Salud Materna en Mujeres Indígenas de la Costa Chica de Guerrero [tesis doctoral]. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa; 2013.
19. Berrío L. Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. En: Sánchez Bringas MA, coordinadora. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México. México, D.F.: Itaca-Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 211-243.
20. Colen S. (1995). Like a mother to Them: Stratified reproduction and west Indian Childcare workers and employers in New York. En: Ginsburg F, Rayna R., editors. Conceiving the new world order: global politics of reproduction. Berkeley: University of California Press; 1995. p.78-102.

